

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例))の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

2021年10月1日

東京

労働局長 殿

申請事業主 所在地

〒000-0000

東京都〇〇区〇〇町1-2-3

名称

株式会社 両立商事

氏名

両立 太郎

法人番号:

(XXXXXXXXXX)

記載例

代理人又は
事務代理人・提出代行者の場合
は以下から選択してください。

代理人・事務代理人
・提出代行者

所在地

名称

氏名

連絡先

※代理人が申請する場合にあつては、委任状(原本に限る。)を添付してください。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号		1234-567890-1		②労働保険番号		12-3-45-678910-123						
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数			45		人		④主たる業種 (日本標準産業分類の中分類を記入) 分類番号:58 分類項目:飲食料品小売業					
	⑤資本の額若しくは出資の総額		4,000		万円								
	⑥記載担当者		役職		総務人事課		氏名		△田 △吉		連絡先電話番号		03-0000-1111
2 本社等を除く 事業所	No.	①事業所名		②所在地			③雇用保険適用事業所番号		④電話番号				
	1	ちよだ支店		東京都〇〇区〇〇町1-2-3			1234-567890-1		03-0000-1111				
	2	みなと支店		東京都△△区△△町1-2-4			1234-567890-1		03-0000-1111				
	3	はるみ支店		東京都××区××町1-2-5			1234-567890-1		03-0000-1111				
	4												
5													

※事業所が6以上ある場合は、追加、別紙等により提出ください。

※申請事業主は下記欄をよく確認し☑してください。全ての項目が「はい」でなければ対象となりません。

- 過去に申請した雇用関係助成金について不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがない。
(不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがある場合は、当該不支給決定日又は支給決定取消日から5年(平成31年3月31日以前に支給申請した雇用関係助成金に関する不正受給の場合は3年。以下、不支給措置期間という。)を経過している)
※不支給措置期間中だが、支払い義務を負った金額の全てを支給申請日までに支払っている場合は、当該項目については「はい」に該当します。
- 事業主又は事業主の役員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。)第2条第2号に規定する暴力団又は第2条第6号に規定する暴力団員でない。
役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしていない。
役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していない。
役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしていない。
役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していない。
- 事業主又は事業主の役員等が破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等に属していない。
- 倒産していない。
- 雇用関係助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、事業主名等を公表することに承諾する。
- 平成31年4月1日以降に申請した雇用関係助成金について不正受給に関与した役員等がない。(不正に関与した役員等がおり不支給措置期間中だが、支払い義務を負った金額の全てを支給申請日までに支払っている場合は、当該項目については「はい」に該当します。)
- 本助成金支給要領及び雇用関係助成金共通要領に従うことに承諾する。
1から7までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を都道府県労働局が行う場合には協力します。

また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為等により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、請求があった場合直ちに請求金（※）を弁済します。※請求金は、偽りその他不正の行為による場合は、①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年5%（令和2年4月1日より前に支給申請した場合は年5%（令和2年4月1日以降に支給申請した場合は年3%））の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額です。なお、偽りその他不正の行為以外の事由により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、当該受け取った額です。なお、本助成金支給要領0303口に該当する事業主が行った支給申請について、再度不正受給を行った場合は、共通要領0801口の規定にかかわらず、不正受給により返還を求められた額に加え、不正受給の日の翌日から納付の日まで、年3分（支給申請が行われた日が令和2年3月31日以前の場合は年5分）の割合で算定した延滞金及び当該返還を求めた額の2倍に相当する額の合計額を支払う義務を負うものとします。

上記について はい

※代理人又は社会保険労務士（以下「代理人等」という。）等が提出代行している場合は、以下について確認し、代理人等が記載してください。

本助成金に関し審査に必要な事項についての確認を都道府県労働局が行う場合には協力します。また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けた又は受けようとした場合であって、代理人等が不正受給に故意に関与していた場合（偽りその他不正の行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合を含む。）は、①申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合直ちに請求金を弁済すべき義務を負うこと、②代理人等に係る事務所（又は法人等）の名称、所在地、氏名及び不正の内容が公表されること、③不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して5年間（取り消した日から起算して5年を経過した場合であっても、請求金が納付されていない場合は、時効が完成している場合を除き納付日まで）は、雇用関係助成金に係る代理人が行う申請又は社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請ができないことについて承諾します。

代理人又は社会保険労務士
住所 _____ 電話番号(_____)
名称 _____
(提出代行者・事務代理者の表示) 氏名 _____

役員等氏名	役職	生年月日
1 両立 太郎	代表取締役社長	19××年○月○日
2 両立 正男	会長	19××年○月○日
3 職業 花子	会計参与	19××年○月○日
4 労働 正広	理事	19××年○月○日
5		

※役員が6人以上いる場合は別紙等により提出ください。

対象労働者の同一の期間について雇用調整助成金や両立支援等助成金（育児休業等支援コース（新型コロナウイルス感染症対応特例））等の他の助成金を受給・申請（予定を含む）している。（「はい」か「いいえ」のどちらかに○してください。）

はい いいえ 「はい」の場合

助成金名	該当労働者の氏名

<支給申請額>

①: 介護のための有給休暇取得日数5日以上10日未満

対象労働者 1 人 × 支給単価 200,000円 = 支給申請額 200,000 円

②: 介護のための有給休暇取得日数10日以上

対象労働者 人 × 支給単価 350,000円 = 支給申請額 円

※対象労働者は①・②（既に申請した分を含む）あわせて5人まで。

③: 既に①の申請（受給）をした対象労働者のうち、取得日数の合計が10日以上に達した追加の申請

対象労働者 1 人 × 支給単価 150,000円 = 支給申請額 150,000 円

支給申請合計額 350,000 円

以下の労働局処理欄には記入しないでください。

		決 裁 欄 等		
※労働局処理欄	局長 部(室)長	担当	受 理 年 月 日	年 月 日
			受 理 番 号	第 号
			起 案 年 月 日	年 月 日
			支給(不支給)決定年月日	年 月 日
			決 定 番 号	第 号
			支 給 決 定 額	円
			通 知 書 発 送 年 月 日	年 月 日
備考				

記載例2 介護離職防止支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例)詳細

申請事業主名(株式会社 両立商事)

対象労働者					
氏名	○川 ×子			雇用保険被保険者番号	2222-222222-2
1日の所定労働時間数	6.5	時間	対象家族の氏名	○川 △雄	労働者との続柄 義父

対象労働者の今回の申請について該当する番号に☑をして下さい。

①	<input type="checkbox"/>	介護のための有給休暇取得日数が5日以上10日未満にかかる申請(申請額200,000円)
②	<input type="checkbox"/>	10日以上にかかる申請(申請額350,000円)
③	<input checked="" type="checkbox"/>	既に①の申請(受給)をしたが、対象労働者の10日以上に達したことによる追加の申請

2021年7月1日申請分についての記載
申請日: 2021年7月1日

以下の欄に介護のための有給休暇を取得した年月日について取得単位ごとに記載してください。

- ①の申請の場合は5日分(A+B=5日分)に達するまで記載してください。
- ②の申請の場合は10日分(A+B=10日分)に達するまで記載してください。
- ③の申請の場合は①の申請で記載した取得日も含めて10日分(A+B=10日分)に達するまで記載してください。

休暇取得日(1日単位取得分)						休暇取得日(半日・時間単位※取得分) ※3時間以上の取得日について取得時間数を記入(必要に応じ欄を追加)してください。							
2021	年	6	月	1	日	2021	年	6	月	8	日	5	時間取得
2021	年	6	月	2	日	2021	年	6	月	9	日	4	時間取得
2021	年	6	月	3	日	2021	年	9	月	8	日	5	時間取得
2021	年	6	月	4	日	2021	年	9	月	9	日	3	時間取得
2021	年	8	月	12	日								
2021	年	8	月	13	日								
2021	年	8	月	16	日								
2021	年	8	月	17	日								

9月8日に実際取得した実際の取得時間が「4時間30分」であった場合 → 「5時間」と記載してください。

(合計取得時間数)17時間 ÷ (所定労働時間)6.5時間 = 2日と4時間となり、4時間は切り捨ててBには「2日」と記入。

今回の申請における対象有給休暇取得日数と時間数

①	日数計	8	日	時間計	17	時間	⇒	②	2	日
---	-----	---	---	-----	----	----	---	---	---	---

時間数計 ÷ 1日の所定労働時間 = 「日」に換算し②に記入してください。(時間数切り捨て)

A+B = 「5日」か「10日」のいずれかの日数になります。「5日」か「10日」を記入してください。 10 日

●上記に記載した日は、法定の介護休業、介護休暇、年次有給休暇とは別の新型コロナウイルス感染症に係る有給の休暇を取得した日です。 はい いいえ

●上記に記載した有給の休暇については、以下の理由で取得したものです。(該当するもの全てに☑してください。)

労働者確認欄	I	新型コロナウイルス感染症の影響により、利用していた又は利用しようとしていた介護施設や介護サービスが休業等により利用ができなくなったため					
	II	新型コロナウイルス感染症の影響により、利用していた又は利用しようとしていた介護施設や介護サービスの利用を控えたため					
	III	<input checked="" type="checkbox"/>	通常介護している者の氏名	○川 ○夫	介護を必要とする対象家族との続柄	父	介護を必要とする対象家族の状態 (支給要領0402cの証明書類が提出できない場合のみ)

●上記に記載した同一期間(日)について介護休業給付金を受給したことはありません。 はい いいえ

記載されている内容は全て事実のとおりです。

(所属) 企画部 (労働者氏名) ○川 ×子 (連絡先電話番号) 000 - 0000 - 1111